Aura

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Tejiendo Interculturalidad **Nombre del Servicio:** Familia y comunidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios Básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Alexander	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Estrada

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1.133.484.108

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 21/02/2001

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Secundaria	Ocupación	Del Campo	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Regimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Liliana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.721.331
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 16 11 2007

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Noveno	Ocupación: Estudiante		Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ● Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ashly	Segundo Nombre	
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Montes

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.065.681.256 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 22/12/2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Valledupar

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	N/A	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. | Movilidad. | Relaciones. | Cognición. | Cuidado Personal. | Actividades Cotidianas. | Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ | Número de Identificación | | Correo electrónico |

Número de Celular | Sexo ◯H ◯M ◯Intersex | Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO | Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS | Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO | Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ◯ NO ◯

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.	Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación. ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04092024

Modalidad de Atención: | **Nombre del Servicio:**

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ausa	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Luz	Segundo Nombre	Mary
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Estrada.

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1007835868

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30082024 — Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 15041985

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 2º Primaria	Ocupación: Amade casa		Actualmente asiste a establecimiento educativo: ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Regimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Katiana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1148705116 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 28 08 2014

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	4 Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. | Movilidad. | Relaciones. | Cognición. | Cuidado Personal. | Actividades Cotidianas | Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Laura	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732433
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 04/09/2017

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	2 Primaria	Ocupación	Estudiante

Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Wendy	Segundo Nombre	Paola
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ☑ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ☑ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067 732436
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 26/12/2017
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante
			Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Claudia	Segundo Nombre	Patricia
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067733480
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 07/06/2019

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Preescolar	Ocupación	Estudiante — Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento		
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor			
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)			
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder			

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario	○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores			¿Se autoreconoce como campesino (a)?	SI ○ NO ●
Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS	Si es afiliado indique tipo de afiliación.	○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad?	○ SI ● NO	Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas	

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO % Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: familias y comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020100-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Tejera
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	( ) CC (●) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49695071

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Emerson	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Camelo
Tipo Documento RC ( ) TI (●) CC ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1.148.705.020
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 06/07/2008

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino (●) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Agricultor — Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Faviola	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.733.484.050
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	05 / 11 / 1987		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
(●) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	2. Primaria	Ocupación	Ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Dario	Segundo Nombre	Jose
Primer Apellido	ESTrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.067.731.986 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ●H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 07/08/2077

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 2-Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a). — Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Richar	Segundo Nombre	Hernando
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.748.705.076 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo: ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 7 0 0 5 2 0 7 5

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	4. Primaria	Ocupación	Estudiante — Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Samuel	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ● Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrinos/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.066.353.276
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	09/12/2013		

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Quinto	Ocupación:	Estudiante
Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Especial ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del regimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitacion.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicacion Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple. ○ Intelectual ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Miguel	Segundo Nombre	Angel
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(e) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ● Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.201.714.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	●H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	12 10 2008		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Decimo	Ocupacion	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognicion. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Chamona	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.067.735.848

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 26/02/2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.

Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	I. Infancia UCA	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	Alejandro
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ● Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.734019
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 22022020

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Preescolar	Ocupación	Estudiante — Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Disakarul

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Maestre
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 8 9 5 8 6 8 0

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha.

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Gonzalo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada.
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1067712480
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ( ) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 11 09 1999

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Bachiller	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Vanesa	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Ramires

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ● PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148201709
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 1 2 0 7 2 0 0 2

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpañia a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	3° Primaria	Ocupación	Ama de Casa — Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luz	Segundo Nombre	Adiela.
Primer Apellido	Wepa.	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737278
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 23/12/2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Ninguna — Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: | Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

Verificar

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ana	Segundo Nombre	Yisel
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1151482185
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 1 0 0 9 2 0 2 0

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

Verificar si Trabaja Celador Nanechipo

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Flia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

REGIONAL: Cesar

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakaeha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Eduardo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Estrado

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1.133.484.269

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 01 08 1975

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación: N/A	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Yusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Elena	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133.484.048
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 03 05 1966

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( )SI (●)NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( )Femenino ( )Masculino ( )Trans ( )Otro ( )No deseo responder	( )Homosexual (Lesbiana - Gay) ( )Heterosexual ( )Bisexual ( )Otro ( )No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●)SI	( )NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	( )SI (●)NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI (●)NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )
				( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luz	Segundo Nombre	Angela
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ● Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.214.469.667

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 12 04 2018

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 2° grado	Ocupación: Estudiante		Actualmente asiste a establecimiento educativo: ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrino ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ — Número de Identificación: — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ◯H ◯M ◯Intersex — Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Négra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indígena Indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad:		Ocupación:	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a). — Si es Afiliado indique la EPS: — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯ — Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ◯ SI ◯ NO

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Fisica. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Gerardo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	García

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1067711.227

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/8/2024 — Sexo: ( ) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 07/09/1985

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Normalista	Ocupación	Labores del Campo	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Rubiela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ● PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133484030
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 16 02 1996

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Ninguna	Ocupación	Ama de Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DusaKawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Mariana	Segundo Nombre	Lucia
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ● Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732435
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 08/12/2017

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipelago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	2° Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Emanuel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067733552
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 11 07 2019
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación: Es N/A	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML.CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Andrés	Segundo Nombre	Felipe
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ●H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 28/12/2013

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	7a	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Deicy	Segundo Nombre	Lorena
Primer Apellido	Vera	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067717275
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 16/06/2023

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	N/A — Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas. ☐ Participación. ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Veronica	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067732432

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 28 04 2016

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	3° Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global ☐ Movilidad ☐ Relaciones ☐ Cognición ☐ Cuidado Personal ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: | Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: — Territorio:		Consejo:	
Comunidad:			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique: — Pueblo:	Yukpa	Resguardo:	Iroka
Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:		Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad:		Ocupación:	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04092024

Modalidad de Atención: FAMILIAR Y comunitarios. **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067710259

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna	Yukpa	Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Yukpa	Dirección	WAkaCha.

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Cristina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Tipo Documento: RC ( ) TI (●) CC ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )

Correo electrónico		Número de Celular	1133484166
Fecha de Vinculación a la modalidad	30082024	Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 08042004

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación: Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo (●) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Javier	Segundo Nombre	Hernando
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1214469896
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 02/06/2018

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
SI el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ● Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DuSakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Si ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	EDGar	Segundo Nombre	
Primer Apellido	RamiRez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS:	Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	◯ SI ◯ NO
				◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Física. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

Ivonne

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 24/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Jerez
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	( ) CC (●) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	4 9 6 9 5 0 7 1

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Camilo	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Estrada
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1.748.201.725
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/8/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 17/08/2003

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino (●) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 3-Primaria	Ocupación: Agricultor		Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ines	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Parramesa	Segundo Apellido	Pezoye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI (●) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.148.201.762
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 04052006

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
(●) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación	Ama de Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )
				( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Jerez
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	( ) CC (●) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	4969507 1

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono: 3113799342

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Lorenzo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Franco

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 78.957.385

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: | Número de Celular: 3113799342

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 04/02/1982

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino (●) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Mercedes	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Martinez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	7.733.484.341
		Correo electrónico	
Número de Celular	3 7 7 3 7 9 9 3 4 2	Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	2 0 0 4 7 9 8 4		
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	( ) SI (●) NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género	(●) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder
País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar
Municipio de nacimiento	Codazzi		

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	Angel
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1748.705.730

Correo electrónico:

Número de Celular: 3773799342 — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 20062073

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: Territorio: — Consejo: — Comunidad:

Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique: Pueblo: Yukpa — Resguardo: Iroka — Comunidad: Yukpa — Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:

Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad: Primaria — Ocupación: Estudiante — Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.
Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación	

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jafner	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.148.705.728

Correo electrónico:

Número de Celular: 3 1 7 3 7 9 9 3 4 2

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 24 12 2007

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachiller	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI P

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Sandra	Segundo Nombre	Patricia
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.274.469.885

Correo electrónico:

Número de Celular: 3 7 T 3 7 9 9 3 4 2 | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 0 8 / 7 / 2 0 7 6

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO | Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ● Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DusaKawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO | Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Cristian	Segundo Nombre	Fabian
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.274469.886 — Correo electrónico:

Número de Celular: 3 7 1 3 7 9 9 3 4 2 — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 0 9 0 4 2 0 7 9

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

Sin Registros

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yorepdis	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cunado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 08062024

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ● Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	● Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Dusakawi	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML.CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?		NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %		
					Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental).	○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.				
					Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación	

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS.

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04092024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Oscar	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )

Número de documento	18.958.966	Correo electrónico	
Número de Celular	3225803199		

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30082024 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 14011983

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: Territorio.		Consejo.	
Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique: Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Autoridad.
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (Ø) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Damaris	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484.419
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (✓)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 06 10 1988

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?	SI ( ) NO ( )
				( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ruben	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1214469945 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 02/12/2017

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: — Territorio:		Consejo:	
Comunidad:			
Si el Beneficiario se autoreconoce con indígena Indique: — Pueblo:	Yukpa	Resguardo:	Iroka
Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:		Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Primero — Ocupación: Estudiante		Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a). — Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi — Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Angela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Amigo(a) ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1148705160

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 2 5 0 1 2 0 1 4

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Tercero	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Andres	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067736601

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 15052022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gayi) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo: Yukpa	Resguardo: Iroka	
	Comunidad: Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad: Primera Infancia	Ocupación: Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ● SI ○ NO	

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad	Relaciones	Cognición

Cuidado Personal	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ — Número de Identificación: — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ◯H ◯M ◯Intersex — Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a le que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ◯ SI ◯ NO

◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condicion de discapacidad?: ◯ Auditiva. ◯ Fisica. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad.	Relaciones.	Cognición

Curdado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento

Modalidad de Atención: Familias y comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Infancia y Identidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Jerez
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	( ) CC (●) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	4 9 6 9 5 0 7 1

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto	Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
	Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio
	Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección Wakacha

Número de Teléfono 3 1 7 1 3 5 3 5 9 5 4

Tenencia de la Vivienda ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Jhon	Segundo Nombre	Jairo
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Caballero

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento 1007376976

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico Número de Celular 3 1 7 1 3 5 3 5 9 5 4

Fecha de Vinculación a la modalidad 3 0 0 8 2 0 2 4 Sexo: ( ) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento 0 8 / 0 7 / 1 9 9 3

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino (●) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	3. Primaria	Ocupación	Agricultor
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS. Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación. (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Marina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.733.484.761
		Correo electrónico	
Número de Celular	3 7 7 3 5 3 5 9 5 4	Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	29 07 1996		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
(●) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Ama de casa — Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Fisica. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ana	Segundo Nombre	MPlena
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrino ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.705.749
		Correo electrónico	

Número de Celular	3 1 7 1 3 5 3 5 9 5 4	Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento	06 07 2013	
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor			
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)			
●Femenino ○Masculino ○Trans ○ Otro ○No deseo responder		○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ●No deseo responder			

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	5-Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Dusakawi	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐			

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Alexander	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.748.201.735
		Correo electrónico	

Número de Celular: 3 1 7 1 3 5 3 5 9 5 4 | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 0 4 0 3 2 0 7 1

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	8. Bachiller	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawe

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Andres	Segundo Nombre	Felipe.
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Estrada.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705151
		Correo electrónico	

Número de Celular	3713535954	Sexo	●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento	12022015

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	4-Primaria	Ocupación	Estudiante
Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	⊗ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario
		Dusakawi	

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Juan	Segundo Nombre	Diego
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ⊗ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ⊗ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737273
		Correo electrónico	
Número de Celular	3 7 7 3 5 3 5 9 5 4	Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	1 7 0 6 2 0 2 1		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Narly	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.737.272
		Correo electrónico	

Número de Celular: 3 7 7 3 5 3 5 9 5 4 | Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 2 4 0 5 2 0 2 3

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO | Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ● Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: ninguno	Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO | Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	◯ SI ◯ NO

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Fisica. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Perez
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	( ) CC (●) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	4 9 6 9 5 0 7 1

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonia móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Josue	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Franco
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1.133.484.587
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 05/11/1991

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino (●) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indigena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachiller	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Florentina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484351
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( ) H (●) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 17/02/2000

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
(●) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Wilfreder	Segundo Nombre	Josue
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1300.422.745
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 19/05/2018
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ● Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	1 Infancia UCA	Ocupación	Estudiante
			Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DusaKawP

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Lucero	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067736705
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 20092021

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	IInfancia UCA	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Cecilia	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067.736.704
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 7 5 0 3 2 0 7 9
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
● Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Infancia UCA	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular | Sexo ◯H ◯M ◯Intersex | Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: | Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ◯ SI ◯ NO

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Fisica. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Jerez
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	( ) CC (●) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49695071

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Benjamin	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Garcia

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1.133.484.170

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 11/08/2003

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino (●) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachiller	Ocupación: Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo (●) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Francy	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ● PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	7133485488
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 7 7 0 2 2 0 0 3

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
● Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Amade Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Marpa	Segundo Nombre	Salome
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1151482202
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 10082020

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
● Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	I Infancia UCA	Ocupación	Estudiante
			Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Mapsin	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Sanchez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.067.737.270

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 29 06 02 23

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ● Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.

Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	Infancia UCA	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento

Modalidad de Atención: Tejiendo Interculturalidad **Nombre del Servicio:** Flia y Comunidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(X) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono

Tenencia de la Vivienda ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios Básicos ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija (●) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Jhon Fredy	Segundo Nombre	Fredy
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Estrada
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1133.484.112
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	3219521315
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 02/04/2006

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Once	Ocupación	Estudiante
Actualmente asiste a establecimiento educativo	(●) SI ( ) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	LiLx	Segundo Nombre	Johana
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Montes

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Hijo(a) ( ) Tio(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Amigo(a) ( ) Padre/Madre ( ) Hermano(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Padastro/Madrastra ( ) Nieto(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Pariente ( ) Hijastro(a) ( ) Abuelo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1010092078
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	17 09 1999		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Amadecasa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Sheila	Segundo Nombre	Michell
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 14/02/2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, ninas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Ninguna	Ocupación: Ninguna		Actualmente asiste a establecimiento educativo: ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: | Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: | Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto		Dirección	

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ( ) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Franco
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133484537
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 17/06/1998

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Secundaria	Ocupación	Profesor
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. (●) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Regimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Sandra	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ● PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1133484169 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 27 08 1998

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	2° Primaria	Ocupación	Ama de Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luisa	Segundo Nombre	Fernanda
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Vepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067.732.430

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 27 03 2016

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	3° Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Mateo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1065665754 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 23/12/2018

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: — Territorio.		Consejo.	
Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique: — Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 1° Primero	Ocupación: Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Adriana	Segundo Nombre	Marcela
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1065.680.292
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 15 08 2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Valledupar

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a le que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusatawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?:	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Parente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Si es afiliado indique tipo de afiliacion. ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	◯ SI ◯ NO

◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental) ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04092024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ( ) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios Básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Bertha	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Herrera

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1133.484.043

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30082024 — Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 20081987

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
SI el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 2° grado	Ocupación	Manipuladora de Ali	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. (●) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Angel	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148.201.740
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 24/12/2010

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	AgustinCodazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique *la Kumpania a la que pertenece.*			Tipo de *beneficiario*: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	5to grado	Ocupación	Estudiante — Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jesus	Segundo Nombre	Daniel
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1214469946

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ●H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 10/07/2018

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○SI ●NO | Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a le que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	1° Primero	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	●SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ●NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Gabriela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Vepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067737230 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 16/06/2023

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:		
	Comunidad:				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indígena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo:	Iroka	
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad: Primera Infancia	Ocupación: Estudiante		Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI	○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades | **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Maestre
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1895680

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakaeha	Dirección	Wakaeha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Emilio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñamesa	Segundo Apellido	Estrada

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1148201760

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 07 01 1987

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: Territorio. — Consejo. — Comunidad.

Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique: Pueblo: Yukpa — Resguardo.: Iroka — Comunidad: Yukpa — Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.

Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	3° Primaria	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado ( ) Afiliado Régimen Contributivo ( ) Afiliado Régimen Especial ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Fabiola	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Dezoye	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC (●) PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1007362216
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 20/11/1991

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique *la Kumpania a la que pertenece.*			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Ama de Casa.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yeicin	Segundo Nombre	Wilmary
Primer Apellido	Peñamesoi	Segundo Apellido	Pezoye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067736418
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09082022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliadó(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yaceli's	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñamesa	Segundo Apellido	Pezoye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ⊗ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ⊗ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732811
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 28/07/2018

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	2° Primaria	Ocupación	Estudiante.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jovany	Segundo Nombre	David.
Primer Apellido	Peñamesa	Segundo Apellido	Pezoye.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732810
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 2 0 0 9 2 0 1 6

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	3° Primaria	Ocupación	Estudiante.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yasmin.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Quiñamesa	Segundo Apellido	Pezoye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067727096
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06/04/2012

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	5° Primari	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	⊗ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	⊗ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Especial.	○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS. Dusakawi	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ⊗ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ⊗ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	tatiana	Segundo Nombre	Pczoye.
Primer Apellido	Peñamesa	Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.201.767
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	23 02 2010		

¿Deseo responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○SI ●NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ●No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio		Consejo		
	Comunidad				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique.	Pueblo	Yukpa	Resguardo	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI ○NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, ninas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Sexto	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	●SI ○NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	● Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Regimen Especial ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS:	Dusakawi
Si es afiliado indique tipo de afiliación:	○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario		

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ●NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep. ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?	○ SI ○ NO
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global ☐ Movilidad ☐ Relaciones ☐ Cognición ☐ Cuidado Personal ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yulelois	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña mesa	Segundo Apellido	De Zoye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.201.765
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 1 7 1 0 2 0 0 7

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipelago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Septimo.	Ocupacion:		Actualmente asiste a establecimiento educativo: ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Régimen Especial ○ No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global: ☐ Movilidad: ☐ Relaciones: ☐ Cognición: ☐ Cuidado Personal: ☐ Actividades Cotidianas: ☐ Participación: ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Wendy	Segundo Nombre	Andrea
Primer Apellido	Peñamesa	Segundo Apellido	Pezoye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.151.482.178
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 26 06 2020

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No desea responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indígena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primero	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Especial ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?:	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas. ☐ Participación. ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Maira	Segundo Nombre	Angel
Primer Apellido	Peñamesa	Segundo Apellido	Pezoye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Amigo(a) ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.705.124
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 28/07/2019

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, ninas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Cuarto	Ocupación Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliado: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo:	Tipo de apoyo:	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognicion. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad | **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Adriana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 1 9 0 7 5 6 9 7

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ○ Cabecera ● Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ○ Localidad ○ Comuna ○ No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ○ Propia ○ En Arriendo ○ Familiar ○ Albergue ○ Lugar de trabajo ○ Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ● Asentamiento- Invasión ○ Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energía Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonía fija ○ Telefonia móvil ● Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Isaac	Segundo Nombre	Emiliano
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	García

Tipo Documento RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○ — Número de documento: 1.067.720.384

PPT ○ Partida/Acta Nac ○ — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 05.04.2008

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: Territorio. — Consejo. — Comunidad.

Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique: Pueblo: Yukpa — Resguardo: Iroka — Comunidad: Yukpa — Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.

Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	Noveno	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ● Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yasmin.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Wepa.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1,133,484,044
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( )H ( )M (●)Intersex
Fecha de Nacimiento	19/06/2004		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	ama de casa — Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS.

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

REGIONAL: Cesar

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista: (●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista: 8240020101-2	Número de Contrato	20005122024
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar: Adriana		Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar: Navarro	
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar: (●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar: 1019075697		

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País: Colombia	Departamento: Cesar		Municipio: Agustín Codazzi	Ranchería:	
Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto	Nombre Cabecera / Centro poblado:		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica		
	Nombre Localidad / Comuna:		Nombre del Barrio:		
	Nombre de la Zona Resto: Wakacha		Dirección:		

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre: Patricia		Segundo Nombre:	
Primer Apellido: Perez.		Segundo Apellido: Rodriguez.	
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico:	Número de documento: 1.133.484.440	
		Número de Celular:	
Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024	Sexo: ( ) H ( ) M (●) Intersex	Fecha de Nacimiento: 20 05 1985	
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor		

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento: Colombia	Departamento de nacimiento: Cesar		Municipio de nacimiento: Agustin Codazzi		
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra	( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia	(●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores	¿Se autoreconoce como campesino (a)?	SI ( ) NO (●)	
Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:		
	Comunidad:				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo: Yukpa		Resguardo: Iroka		
	Comunidad: Yukpa		Reside en la misma zona de origen del pueblo: (●) SI ( ) NO		
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto		
Nivel de escolaridad: Primero	Ocupación: ama de casa		Actualmente asiste a establecimiento educativo: ( ) SI ( ) NO		
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi		Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario		

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	
¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jose	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.735.730
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 06/02/2021
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Si ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	824002010-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Adriana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1019075697

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Juan	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Estrada.	Segundo Apellido	Ramirez.
Tipo Documento RC ( ) TI (●) CC ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1.148.201.713.
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 15 01 2008

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación: Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Vanesa	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI (●) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.148.705.117
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	25/02/08		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
SI el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique *la Kumpania à la que pertenece.*			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primária	Ocupación	ama de casa.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Si ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	( ) SI ( ) NO
				( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Maximiliano	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.067.737.707 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 27/03/2024

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento	
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	◯ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor			
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)			
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder		◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder			

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Si es afiliado indique tipo de afiliación.	◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ◯ SI ◯ NO	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: FAMILIA Y comunidad | **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067710259

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ○ Cabecera ● Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ○ Localidad ○ Comuna ○ No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	wacacha	Dirección	wacacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ○ Propia ○ En Arriendo ○ Familiar ○ Albergue ○ Lugar de trabajo ○ Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ● Asentamiento- Invasión ○ Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energia Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonía fija ○ Telefonía móvil ● Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	MARTHA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Franco.

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ● PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○ PPT ○ Partida/Acta Nac ○

Número de documento	49698477	Correo electrónico	
Número de Celular		Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024
Sexo: ⊙ H ● M ○ Intersex		Fecha de Nacimiento	15/01/1979.

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Ama de Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Regimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jorge.	Segundo Nombre	Andres.
Primer Apellido	wera	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067728378
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	02 12 2012		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachillerato	Ocupación	Estudiante
Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jesus.	Segundo Nombre	Alfredo
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cunado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067738378
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06/03/2015

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachillerato	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jose	Segundo Nombre	Miguel
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 26 05 2019

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar
Municipio de nacimiento			

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Primera infancia	Ocupación: Estudiante		Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	
¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

Johana

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: FAMALIA Y Comunidad. **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	leisY	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067710259

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ○ Cabecera ● Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ○ Localidad ○ Comuna ○ No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna	Yukpa	Nombre del Barrio	wacâcha
Nombre de la Zona Resto	Yukpa	Dirección	

Número de Teléfono: 3207156175

Tenencia de la Vivienda: ○ Propia ○ En Arriendo ○ Familiar ○ Albergue ○ Lugar de trabajo ○ Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ● Asentamiento- Invasión ○ Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energía Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonía fija ○ Telefonía móvil ● Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	ESMAER	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Garcia
Tipo Documento RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○		Número de documento	
PPT ○ Partida/Acta Nac ○	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 01 08 1997

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Agricultura	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS.

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Daniela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Morales	Segundo Apellido	Montes.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1067716068
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H ( )M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	( )SI (●)NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
( )Femenino ( )Masculino ( )Trans ( )Otro ( )No deseo responder		( )Homosexual (Lesbiana - Gay) ( )Heterosexual ( )Bisexual ( )Otro ( )No deseo responder	
País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar
Municipio de nacimiento			

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●)SI ( )NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania à la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachillerato	Ocupación	Ama de Casa
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( )SI (●)NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi EPS

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI ( )NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Loraine	Segundo Nombre	Liseth
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Morales

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1151482187
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06/05/2020

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento		Departamento de nacimiento		Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Watacho
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ○ SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	EIDER	Segundo Nombre	M
Primer Apellido	WERA	Segundo Apellido	MORALES .

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067 732 424

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 19 03 20 18

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Wakacha
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	○ SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MIA	Segundo Nombre	Celeste.
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Morales.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067735605.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 1 1 0 1 2 0 2 2

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Wakacha.	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	○ SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria infancia	Ocupación	estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ◯ NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento		Departamento de nacimiento		Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◯ Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ◯

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.		Resguardo.	
	Comunidad.		Reside en la misma zona de origen del pueblo	◯ SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS.

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	◯ SI ◯ NO

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Física. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

Adriana

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad. **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	824002010-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Adiana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1019075697

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha.	Dirección	

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Ines	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Garay

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1.067.723.694

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: ( ) H ( ) M (●) Intersex Fecha de Nacimiento: 14 12 1990

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Tercero	Ocupación	ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ines	Segundo Nombre	
Primer Apellido	wepa	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.069.736.073.

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 15 06 2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin - Codazzi.

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	wilson	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Pena	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.724.147
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento	19 08 2010
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor			
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)			
○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder			

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Octavo	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Si es afiliado indique tipo de afiliación.
		Dusakawi	○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Juan	Segundo Nombre	Sebastian
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.728.216.
		Correo electrónico	

Número de Celular | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 1 1 0 4 2 0 1 3

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Sexto	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 -2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067710259

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ○ Cabecera ○ Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	○ Localidad ○ Comuna ○ No Aplica
Nombre Localidad / Comuna	Yukpa	Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Yukpa	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ○ Propia ○ En Arriendo ○ Familiar ○ Albergue ○ Lugar de trabajo ○ Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ● Asentamiento- Invasión ○ Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energía Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonía fija ○ Telefonía móvil ● Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Oray	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Ramirez
Tipo Documento RC ○ TI ○ CC ● PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○		Número de documento	1133484177
PPT ○ Partida/Acta Nac ○	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 01 06 1984

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Ninguno	Ocupación: agricultor		Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Esneda	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI (●) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484281
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 26/09/2004

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( )Femenino ( )Masculino ( )Trans ( )Otro ( )No deseo responder	( )Homosexual (Lesbiana - Gay) ( )Heterosexual ( )Bisexual ( )Otro ( )No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique *la Kumpania a la que pertenece.*			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Sin estudio	Ocupación	Ama de Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ( ) Auditiva. ( ) Fisica. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Anderson	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067737269

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 01 01 2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazz

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	En Casa.	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi EPS.

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Camilo	Segundo Nombre	Steven
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1214469909
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 07/03/2019

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi EPS

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIA Y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 6 7 7 1 0 2 5 9

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ○ Cabecera ○ Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	○ Localidad ○ Comuna ○ No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	wataCho	Dirección	wataCha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ○ Propia ○ En Arriendo ○ Familiar ○ Albergue ○ Lugar de trabajo ○ Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ● Asentamiento- Invasión ○ Paga Diario

Tiene acceso a Servicios Básicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energía Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonía fija ○ Telefonía móvil ● Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Mary	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PeñaMesa	Segundo Apellido	Estrada
Tipo Documento RC ○ TI ○ CC ● PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○ PPT ○ Partida/Acta Nac ○		Número de documento	1066349096
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ○ H ● M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 22 01 1972

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Sin estudio	Ocupación	Ama de Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ | Número de Identificación | | Correo electrónico |

Número de Celular | Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpanía a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ◯ NO ◯

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Física. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	◯ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Genero		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder		◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ◯ SI ◯ NO

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental) ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIA Y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	leisy Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 6 7 1 0 2 5 9

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	wacacha	Dirección	wacacho

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Luz	Segundo Nombre	Mary
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Martinez

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133484251

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 10 02 1992

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.

Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad		Ocupación	Ama de casa

Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS.

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Heiter	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Cónyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1151482169 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 28/12/2019

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: Territorio. | Consejo. | Comunidad.

Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique: Pueblo. Yukpa | Resguardo. Iroka | Comunidad. Yukpa | Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique *la Kumpania à la que pertenéce.* | Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad: Primaria | Ocupación: Estudiante | Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067728191

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonia fija ( ) Telefonia móvil (✓) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Mauricio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Franco

Tipo Documento: RC ( ) TI (✓) CC ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1133487664

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 10 05 2005

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (✓) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (✓) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 4to Primaria	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	María	Segundo Nombre	Isabel
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	García

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (✓) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ○ TI (✓) CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1133484421

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 11/06/2005

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI (✓) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI (✓) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (✓) SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 6to Bachillerato	Ocupación	Amadecasa	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (✓) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Wendy	Segundo Nombre	Marcela
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1300921008 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 08 06 2021

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ✓ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, ninas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 1ra Infancia	Ocupación: Estudiante		Actualmente asiste a establecimiento educativo: ✓ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Régimen Especial ○ No Afiliado(a). — Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○ — Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Del. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple ○ Intelectual. ○ Visual.	Global: ☐ Movilidad: ☐ Relaciones: ☐ Cognición: ☐ Cuidado Personal: ☐ Actividades Cotidianas: ☐ Participación: ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cunado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a)	Si es Afiliado indique la EPS	Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas.

¿La discapacidad esta certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del regimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal (INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	◯ SI ◯ NO	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Multiple. ◯ Física. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).	Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognicion ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka				
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 -2 —	Número de Contrato	20005122024
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Castilla		
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730		

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wayacha	Dirección	Wayacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	Alfonso
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	18.939.670
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 01 08 1963

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Secundaria	Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. (●) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Preventiva

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	LUZ	Segundo Nombre	MARY
Primer Apellido	GARCIA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (✓) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	49694892
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H ( ) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	22 04 1965		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 2°	Ocupación	AGENTE EDUCATIVA	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. (✓) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Adriana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1014075697

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energia Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Vilma	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Estrada

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1133484031

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: ( ) H (✓) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 16 07 1987

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 5°	Ocupación	Ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Kenory	Segundo Nombre	DAIRITH
Primer Apellido	WEPA	Segundo Apellido	ESTRADA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737283
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	05 04 2023		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ○ NO ○	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	WALTER	Segundo Nombre	JOSE
Primer Apellido	WEPA	Segundo Apellido	ESMADA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Parente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1066 353453
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 03 09 2008

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	SECUNDARIA 7°	Ocupación	ESTUDIANTE.

Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	LUIS	Segundo Nombre	DANIEL
Primer Apellido	WEPA	Segundo Apellido	ESTRADA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuero ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrino ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ○ TI ✓ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1066353454 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo: ✓H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 13022011

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○SI ●NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Secundaria 6°	Ocupación	ESTUDIANTE	Actualmente asiste a establecimiento educativo	✓SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ✓NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condicion de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Angelina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1151482188 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 05082020

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a). — Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. | Movilidad. | Relaciones. | Cognición. | Cuidado Personal. | Actividades Cotidianas | Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Hijo(a) ◯ Tio(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Padre/Madre ◯ Hermano(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Cuñado(a) ◯ Amigo(a) ◯ Padastro/Madrastra ◯ Nieto(a) ◯ Primo(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Hijastro(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Pariente

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ◯ NO ◯

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Física. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Maestre
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 8 9 5 8 6 8 0

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Humberto	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Estrada.
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133484116
	Correo electrónico:	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 25 07 1995

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Regimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Amanda	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Ramirez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484347
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( ) H (X) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 14/07/2001

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpañía a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI ( ) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	( ) SI ( ) NO	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Aran	Segundo Nombre	Matias
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Estrada.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cunado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	NO tiene.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 1 3 1 1 2 0 2 1

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Juan	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Estrada.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	NO tiene.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 05 03 2023

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario
		DUSAKAWI	

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO % Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(X) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Maestre.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(X) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 8 9 5 8 6 8 0

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (X) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ( ) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (X) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Hector	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco.	Segundo Apellido	Garcia.

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (X) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133484724

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: (X) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 27 05 2003

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	5° primaria	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (X) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Deiner	Segundo Nombre	Jose
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Estrada.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ◉ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◉ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1300420635
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	◉ H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	30 04 2022		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ◉ NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◉ Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ◉

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	◉ SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ◉ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Ninguna	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ⊘ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◉ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ⊘ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ◉ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? SI ○ NO ○

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Flor	Segundo Nombre	Maria
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1148201771
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (X) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	12/03/1982		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación: Ama de Casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DusaKawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Fisica. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ — Número de Identificación: — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ◯H ◯M ◯Intersex — Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a). — Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ◯ SI ◯ NO

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental) ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

REGIONAL: Cesar

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 6 7 7 2 8 1 9 1

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Gregorio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Molina.

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 18957065

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 16 11 1965

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (✓) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (✓) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación: Sabedor.	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Carmen	Segundo Nombre	Maribeth
Primer Apellido	Caballero	Segundo Apellido	Lopez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC (X) PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	49698111
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H (X)M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 15 02 1973

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI (X) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI (X) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Amadecasa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (X) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Kevin	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Caballero

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148201703
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 06 / 12 / 2008

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, ninas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachillerato 9°	Ocupación	Estudiante
Actualmente asiste a establecimiento educativo: ✓ SI ○ NO			

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Régimen Especial ○ No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del regimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?:	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global: [ ] Movilidad: [ ] Relaciones: [ ] Cognición: [ ] Cuidado Personal: [ ] Actividades Cotidianas: [ ] Participación: [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luz	Segundo Nombre	Marina
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Caballero

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ✓ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133484227
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 24 05 2005

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con indígena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	6º Bachillerato	Ocupación	Estudiante.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	✓ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep. ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Selena	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Caballero

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) (✓) Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC (✓) TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067730282 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H (✓)M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 15 08 2016

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI (✓) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(✓) SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	(✓) SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (✓) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO (✓)

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ana	Segundo Nombre	Karina
Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ✓ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1214464888
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 13/04/2017
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	✓ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidades | **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar ( ) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067728191	

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Jose	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Caballero
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133484225
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 22/05/2003

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (✓) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (✓) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (✓) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Bachillerato	Ocupación: Agricultor		Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Regimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jasmin	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI (X) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1151482326
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( ) H (X) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 24/08/2008
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	( ) SI (X) NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder		( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	

Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Amadecasa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	(X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.	Si es afiliado indique tipo de afiliación.
		Dusakawi	( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	( ) SI ( ) NO	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?		NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %		
					Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental).	( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.				
					Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas		Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Lucy	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 03/05/2021

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Ninguno	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ● No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: | Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal (INMLCF)

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicacion Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.
Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas.	Participación.	

¡Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012)

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Hijo(a) ◯ Tio(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Padre/Madre ◯ Hermano(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Cuñado(a) ◯ Amigo(a) ◯ Padastro/Madrastra ◯ Nieto(a) ◯ Primo(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Hijastro(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Pariente

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ◯ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor
Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯Femenino ◯Masculino ◯Trans ◯ Otro ◯No deseo responder	◯Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯Heterosexual ◯Bisexual ◯Otro ◯No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a le que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado ◯ Afiliado Régimen Contributivo ◯ Afiliado Régimen Especial ◯ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS	Si es afiliado indique tipo de afiliación	
		◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado	◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ◯ SI ◯ NO	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ◯ Auditiva. ◯ Multiple. ◯ Fisica. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental)	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO % Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición ☐ Cuidado Personal ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/02/2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	04092024

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto	Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
	Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio
	Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección: Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Jhoni	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Wepa

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1133484046

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 — Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 06/06/2002

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (✓) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (✓) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (✓) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	5 Primaria	Ocupación	Agricultor
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (✓) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Maria	Segundo Nombre	Clara
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Estrada.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (1) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC (1) PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148201699
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H (2)M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 23051989

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	(1) Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI (2) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (1) Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (1) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (2) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Maria	Segundo Nombre	Eugenia
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Herrera.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ✓ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1065682018
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 17052023
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Genero		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñes y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	1ra Infancia	Ocupación	Estudiante
			Actualmente asiste a establecimiento educativo ✓ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	✓ Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Especial ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS	Dusakawi
		Si es afiliado indique tipo de afiliación	○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global: ☐ Movilidad: ☐ Relaciones: ☐ Cognición: ☐ Cuidado Personal: ☐ Actividades Cotidianas: ☐ Participación: ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación:

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex

Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:	Consejo:	
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo: Yukpa	Resguardo: Iroka	
	Comunidad: Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Regimen Especial ○ No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista: (●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista: 8 2 4 0 0 2 0 1 0-2	Número de Contrato	20005122024
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar: Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar: Maestre.		
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar: (●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar: 1 0 9 5 8 6 8 0		

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País: Colombia	Departamento: Cesar	Municipio: Agustín Codazzi	Ranchería:		
Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto	Nombre Cabecera / Centro poblado:		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica		
	Nombre Localidad / Comuna:		Nombre del Barrio:		
	Nombre de la Zona Resto: Wokacha		Dirección:		

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre: Josefa		Segundo Nombre:	
Primer Apellido: Estrada		Segundo Apellido: Estrada.	
Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico:	Número de documento: 1067711852 Número de Celular:	
Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024	Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 15 11 1980	

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento: Colombia	Departamento de nacimiento:	Municipio de nacimiento:	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indigena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:	Consejo:	
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo: Yukpa	Resguardo: Iroka	
	Comunidad: Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: (●) SI ( ) NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad: 4° Primaria	Ocupación: Oficios Varios.	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ( ) SI ( ) NO	

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. (●) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DusaKawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ( ) NO ( )	( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	SI ( ) NO ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ricardo	Segundo Nombre	Andres,
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Estrada

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1066.354 442
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 1 1 0 2 2 0 1 4

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	6°	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Linda	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Estrada.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI (X) CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133484114
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H (X)M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	06022007		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	9°	Ocupación	Estudiante
			Actualmente asiste a establecimiento educativo (X) SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (X) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ — Número de Identificación: | Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ◯H ◯M ◯Intersex | Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ◯ SI ◯ NO

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐

Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención:

Nombre del Servicio:

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 6 7 7 2 8 1 9 1

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Simona	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	49698517
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ( ) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 13 03 1957

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (✓) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (✓) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación: Sabedora	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	Angel
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Quevedo

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ✓ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067732527 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 21/04/2017

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	2 Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	✓ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	SANDRA	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	CASTILLA
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	WAKAMA	Dirección	WAKAMA

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	MILENA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	PEÑALOZA

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1.148.201.732

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: ( ) H ( ) M (✓) Intersex — Fecha de Nacimiento: 28 07 1992

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	CESAR	Municipio de nacimiento.	CODAZZI.

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	AMA DE CASA — Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	NAIRITH	Segundo Nombre	SOFIA
Primer Apellido	ESTRADA	Segundo Apellido	FRANCO .

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ✓ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067733962
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 22/12/2019

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ✓ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	KEYNER	Segundo Nombre	KANITH.
Primer Apellido	ESPINOSA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ✓ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1066 353 887
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 03 09 2013

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 5°	Ocupacion	ESTUDIANTE — Actualmente asiste a establecimiento educativo ✓SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Régimen Especial ○ No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep. ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognicion. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ISRAEL	Segundo Nombre	ANDRES
Primer Apellido	ESTRADA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067722049
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09 02 2010

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	BODA221

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a le que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñes y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 5°	Ocupación	ESTUDIANTE — Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Regimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Régimen Especial ○ No Afiliado(a)

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAZAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del regimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condicion de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad.	Relaciones.	Cognición

Cuidado Personal	Actividades Cotidianas	Participación

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (L.E.D.) Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	NELSON	Segundo Nombre	FABIAN
Primer Apellido	ESTRADA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1095 966 484
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 03 05 2023

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ✓NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DISAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas. ☐ Participación. ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (C.R.), Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	NICOLAS	Segundo Nombre	MATEO
Primer Apellido	ESTRADA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ✓ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1095966485 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ✓H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 15 07 2023

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ✓ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

Sondra

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIAS Y COMUNIDADES **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	SANDRA.	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	CASILLA.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	WAKACHA	Dirección	WAKACHA

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energia Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonia móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	JORGE	Segundo Nombre	
Primer Apellido	ESTRADA	Segundo Apellido	FRANCO.

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )

Correo electrónico		Número de documento	18.955.389
		Número de Celular	3213581553
Fecha de Vinculación a la modalidad	30082024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 17061974

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	CESAR.	Municipio de nacimiento.	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Primaria	Ocupación: AGRICULTOR		Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado ( ) Afiliado Régimen Contributivo ( ) Afiliado Régimen Especial ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	OLIVIA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	PEÑALOZA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (✓) Conyuge/Compañero(a); ( ) Padre/Madre; ( ) Padastro/Madrastra; ( ) Hijastro(a); ( ) Hijo(a); ( ) Hermano(a); ( ) Nieto(a); ( ) Abuelo(a); ( ) Tio(a); ( ) Sobrino(a); ( ) Primo(a); ( ) Suegro(a); ( ) Yerno/Nuera; ( ) Cuñado(a); ( ) Padrino/Madrina; ( ) Pariente; ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (✓) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	49699401
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (✓) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	15 02 1983		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano; ( ) Comunidad Negra; ( ) Palenquero; ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia; (●) Indígena; ( ) Rrom/Gitano; ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique *la Kumpañia a la que pertenece.*			Tipo de *beneficiario*	( ) Persona lactante; ( ) Persona Gestante; ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación	AMA DE CASA	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	KIBE	Segundo Nombre	ALEXANDER
Primer Apellido	ESPADA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067722139
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 03 03 2010

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipelago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo: Yukpa	Resguardo: Iroka	
	Comunidad: Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, ninas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Secundaria 8°	Ocupacion: ESTUDIANTE	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ● SI ○ NO	

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del regimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso ○ Generalizado.	○ De la misma PcD ○ De otras personas ○ Sistemas de comunicacion Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple ○ Intelectual. ○ Visual.	Global: ☐ Movilidad: ☐ Relaciones: ☐ Cognicion: ☐ Cuidado Personal: ☐ Actividades Cotidianas: ☐ Participación: ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	CARLOS	Segundo Nombre	MARIO
Primer Apellido	ESPINOSA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1066 353 516
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○F ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 15 05 2013

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:		
	Comunidad:				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo:	Iroka	
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Secundaria 6°	Ocupación	ESTUDIANTE	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	○ Afiliado Régimen Subsidiado ○ Afiliado Régimen Contributivo ○ Afiliado Regimen Especial ○ No Afiliado(a)	Si es Afiliado indique la EPS:	Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Multiple ○ Fisica. ○ Intelectual ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global: ☐ Movilidad: ☐ Relaciones: ☐ Cognición: ☐ Cuidado Personal: ☐ Actividades Cotidianas: ☐ Participación: ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	PAULINA	Segundo Nombre	VIVIAN
Primer Apellido	ESPADA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cunado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1066 350 839
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 07/10/2007
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 5°	Ocupación	ESTUDIANTE
			Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ALFREDO	Segundo Nombre	
Primer Apellido	ESPINOSA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ✓ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133484224
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	✓H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	28/06/1997		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ✓ NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	20032221

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ✓ Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ✓

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	✓SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	SECUNDARIA 11°	Ocupación	AGRICULTOR	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ✓NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIAS Y COMUNIDADES **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020 10-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Castilla
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	WAKACHA	Dirección	WAKACHA

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	SAMUEL	Segundo Nombre	
Primer Apellido	ESPINOZA	Segundo Apellido	FRANCO.
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1133484228
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	3144307912
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 24 03 1995

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	CESAR	Municipio de nacimiento.	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Secundaria 11°	Ocupación:	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DISAPAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MADELBIS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	HERRERA	Segundo Apellido	HARTNEZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484260
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (X)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 20/05/2005

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( )Femenino ( )Masculino ( )Trans ( )Otro ( )No deseo responder	( )Homosexual (Lesbiana - Gay) ( )Heterosexual ( )Bisexual ( )Otro ( )No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 3º	Ocupación	AMA DE CASA	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	(X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS	Si es afiliado indique tipo de afiliación.
		DUSA KAWI	( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )
				( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	YOINER	Segundo Nombre	ESMITH
Primer Apellido	ESPADA	Segundo Apellido	HERRERA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067736417
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 15/11/2022

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Esta inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicacion Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad	Relaciones	Cognición

Cuidado Personal	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	BIRMEN	Segundo Nombre	DANIEL
Primer Apellido	ESPRADA	Segundo Apellido	HERRERA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1151482163
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 29 09 2020
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Genero		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	
País de nacimiento: Colombia	Departamento de nacimiento: Cesar	Municipio de nacimiento: CODAZZI	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indígena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: Iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad	Relaciones	Cognición

Cuidado Personal	Actividades Cotidianas	Participación

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012)

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	824002010-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Padilla
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de Identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	WAKACHA	Dirección	WAKACHA

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	MIGUEL	Segundo Nombre	ANGEL
Primer Apellido	MORALES	Segundo Apellido	MONTES
Tipo Documento RC ( ) TI (✓) CC ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133484578.
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024.	Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 13 10 2006

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Secundaria 10°	Ocupación	ESTUDIANTE - AGRICULTOR
Actualmente asiste a establecimiento educativo	(✓) SI ( ) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	OMAIRA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	ESTRADA	Segundo Apellido	GARCIA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (✓) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI (✓) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1067721075
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (✓)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 04/02/2008

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●)SI ( )NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique *la Kumpania a la que pertenece.*			Tipo de *beneficiario*: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Secundaria 6°	Ocupación	Ama de casa — Actualmente asiste a establecimiento educativo ( )SI (✓)NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (✓) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI (✓)NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

Luis

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Maestre.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1895868a

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha.

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Marcos	Segundo Nombre	Tulio
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Francos
Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )	Número de documento	18956704
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 25/05/1974

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 11 Bachiller	Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Cilia.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Wepa.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC (●) PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1007691549.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H (●)M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	07 09 1992		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DusaKawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Camilo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	WePa.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1065680586
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 11/09/2022

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno.	Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Manuel	Segundo Nombre	ALFONSO
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Wepa.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ⊗ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705077
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ⊗H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 26092013

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	6°	Ocupación	Estudiante.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	⊗ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Maria	Segundo Nombre	Simora.
Primer Apellido	Barela	Segundo Apellido	Wepa.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1214469826
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 30/07/2016

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	5° Primaria	Ocupación	Estudiante

Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ⊗ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Sara	Segundo Nombre	Michel
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	wepa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1151182320
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	22022020		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Preescolar.	Ocupación: Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ● Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: | Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Castilla.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de Identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (●) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energia Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonia móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Laura	Segundo Nombre	Patricia
Primer Apellido	Espitia	Segundo Apellido	Barrera

Tipo Documento RC ( ) TI (●) CC ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133484422

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: ( ) H ( ) M (●) Intersex Fecha de Nacimiento: 13 04 2007

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 3°	Ocupación	Ama de casa
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MILORETH	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MORALES	Segundo Apellido	ESTRADA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737453
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 27/06/2023

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpañia a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMERA INFANCIA	Ocupación	ESTUDIANTE	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIAS Y COMUNIDADES | **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	SANDRA	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	CASTILLA
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (✓) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	WAKACHA	Dirección	WAKACHA

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (✓) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios básicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	NELES	Segundo Nombre	
Primer Apellido	WEPA	Segundo Apellido	GALERA

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1067711223

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: ( ) H (✓) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 30 06 2001

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	CESAR	Municipio de nacimiento.	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	SECUNDARIA 11°	Ocupación	DINAMIZADORA	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (✓) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. (✓) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Regimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ( ) NO ( )

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ( ) NO ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.	Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	BELLA	Segundo Nombre	SAILITH
Primer Apellido	PEÑA	Segundo Apellido	WEPA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067734964.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 15/06/2021
¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nadimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera infancia	Ocupación ESTUDIANTE	Actualmente asiste a establecimiento educativo ● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ● Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSADAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	HAROLD	Segundo Nombre	JESUS
Primer Apellido	PEÑA	Segundo Apellido	WEPA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067731943

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ●H ○M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 09/12/2017

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○SI ●NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI ○NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	primaria 1°.	Ocupación	ESTUDIANTE	Actualmente asiste a establecimiento educativo	●SI ○NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ● Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ●NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrino ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento	
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	◯ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor			
Genero		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)			
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder		◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder			

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Regimen Especial. ◯ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS:	Si es afiliado indique tipo de afiliación:	◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	◯ SI ◯ NO	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Múltiple ◯ Física. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012)

Lady

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidades. **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(X) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(X) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067728191

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (X) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (X) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakacha.	Dirección	Wakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (X) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonia móvil (X) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Jose	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Estrada

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (X) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1.133.484033

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 — Sexo: (X) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 11/11/1973

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (X) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación: Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (X) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Alicia	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Herrera	Segundo Apellido	Stakaye

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Hijo(a) ( ) Tio(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Padre/Madre ( ) Hermano(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Cuñado(a) ( ) Amigo(a) ( ) Padastro/Madrastra ( ) Nieto(a) ( ) Primo(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Hijastro(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Pariente

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484035.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (X)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 26/08/1970

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder	( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )
				( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
( ) Sí ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.	Global. [ ] Movilidad. [ ] Relaciones. [ ] Cognición. [ ] Cuidado Personal. [ ] Actividades Cotidianas [ ] Participación [ ]

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jhon	Segundo Nombre	Jairo.
Primer Apellido	Wepa.	Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ● Hermano(a) ● Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1214469953
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 01/12/2017

Verificar

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor
Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ○ Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ◯ SI ◯ NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor
Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento		Departamento de nacimiento		Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◯ Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ◯

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.		Resguardo.	
	Comunidad.		Reside en la misma zona de origen del pueblo	◯ SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).	Si es Afiliado indique la EPS.		Si es afiliado indique tipo de afiliación. ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ◯ NO ◯	Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	◯ SI ◯ NO	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	Tipo de apoyo ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.	***NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %*** Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

REGIONAL: Cesar

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —	Número de Contrato	20005122024
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Maestre		
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 9 5 8 6 8 0		

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera ( ) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Wakaeha	Dirección	Wakaeha.

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil ( ) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Viviana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada.	Segundo Apellido	Ramirez
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1133484345
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 23 04 2003

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior ès afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	9°	Ocupación	Ama de Casa.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yarlana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Estrada.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ⊗ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ⊗ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1065681793 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ⊗M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 20012023

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DuSakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. | Movilidad. | Relaciones. | Cognición. | Cuidado Personal. | Actividades Cotidianas | Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 04 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidades | **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(X) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(X) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067728191

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (X) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (X) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera:	( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Nakacha	Dirección	Nakacha

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (X) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (X) Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre	Julio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Garcia
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (X) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1007362213
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico:	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: (X) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 30 05 1997

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género: ( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Trans ( ) Otro ( ) No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o más años): ( ) Homosexual (Lesbiana - Gay) ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Otro ( ) No deseo responder

País de nacimiento.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (X) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación: Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (X) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? ( ) SI ( ) NO

Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ( ) SI ( ) NO

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Rosalia	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñamesa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484363
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H ( )M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 23/02/1987

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
( )Femenino ( )Masculino ( )Trans ( )Otro ( )No deseo responder	( )Homosexual (Lesbiana - Gay) ( )Heterosexual ( )Bisexual ( )Otro ( )No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (X) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación: Ama de casa	Actualmente asiste a establecimiento educativo ( ) SI ( ) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada?	SI ( ) NO ( )	Entidad que certifica la discapacidad: ( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	SI ( ) NO ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
( ) El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
( ) El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?
( ) SI ( ) NO	( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.	( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Eva	Segundo Nombre	Luz
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.21446995 2
		Correo electrónico	Pedirle
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06 2019

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○ SI ✓ NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Género	Orientación sexual (con edad de 14 o más años)
✓ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	AgustinCodazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ○ Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ○

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Indigena Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Indigena Yukpa.	Reside en la misma zona de origen del pueblo ✓SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	1ra Infancia	Ocupación	Estudiante — Actualmente asiste a establecimiento educativo ✓SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Pariente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento	
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	◯ SI ◯ NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor			
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)			
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder		◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder			

País de nacimiento		Departamento de nacimiento		Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◯ Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ◯

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.		Resguardo.
	Comunidad.		Reside en la misma zona de origen del pueblo ◯SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ◯ SI ◯ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ◯ Afiliado Régimen Subsidiado. ◯ Afiliado Régimen Contributivo. ◯ Afiliado Régimen Especial. ◯ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS.

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ◯ NO ◯

Entidad que certifica la discapacidad: ◯ EPS ◯ IPS Resolución 1239 - 2022 ◯ No Def. ◯ Administradoras del régimen especial de Excep ◯ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ◯ NO ◯

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ◯ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ◯ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Tatiana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Peñaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación:

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 06/02/2021

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○SI ●NO | Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder	○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:
	Comunidad:		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo: iroka
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo: ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad:		Ocupación:	Actualmente asiste a establecimiento educativo: ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Régimen Especial. ● No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ●NO | Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal (INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
○ SI ○ NO	○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicacion Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global: ☐ Movilidad: ☐ Relaciones: ☐ Cognición: ☐ Cuidado Personal: ☐ Actividades Cotidianas: ☐ Participación: ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jhan	Segundo Nombre	Carlos
Primer Apellido	Wepa	Segundo Apellido	Peñaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrino ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ✓ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ○SI ●NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario: ✓ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ✓NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ✓ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS:

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ✓NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad está certificada? SI ○ NO ○

Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognicion. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ICBF, Y LA LEY 1581 DE 2012